Ein Fall

von

latent verlaufenem Oesophaguscarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gustav Vierling,
approb. Arzt aus Amberg.

München 1900.
Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Ein Fall

von

latent verlaufenem Oesophaguscarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gustav Vierling,
approb. Arzt aus Amberg.

ACAD. LUDOVIC. BIBL.

München 1900.

Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2

Referent:

Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. O. Bollinger.

Bei älteren Leuten werden öfters als Nebenbefunde bei Sektionen Carcinome des Oesophagus gefunden, die im Leben gar keine Erscheinungen gemacht hatten. Hiebei handelt es sich hauptsächlich um beginnende Erkrankungen, da länger bestehende, für gewöhnlich durch die klinischen Erscheinungen auf die Diagnose hinweisen. Die von der Krankheit ergriffenen Personen kommen meistens wegen Schluckbeschwerden zum Arzt und durch die Sondierung wird dann das Leiden festgestellt. In seltenen Fällen können auch länger bestehende Carcinome des Oesophagus so symptomlos verlaufen, dass es auch erfahrenen Diagnostikern unmöglich ist, die Diagnose festzustellen. Strümpell schreibt in seinem Lehrbuch hierüber:

„Ausnahmsweise kommen noch Fälle vor, in welchen flache Carcinome gar keine oder so geringe Schlingbeschwerden verursachen, dass das Oesophagusleiden leicht ganz übersehen wird. Wir sehen manchmal Fälle von ausgedehntem sekundären Lebercarcinom, ferner Lungengangrän, in welchen die eigentliche primäre Krankheit, ein flacher Oesophaguscarcinom, klinisch ganz symptomlos verlaufen und deshalb nicht diagnosticiert war."

Uebrigens können auch Carcinome mit starken Stenosen geringe Erscheinungen machen. So erwähnt Knaut einen von Kuhn in dem Centralblatt für innere Medizin 1895 veröffentlichten Fall, wonach der Patient ohne Unterbrechung die gewöhnliche Spital-

kost ass, obwohl nach dem Tode des Patienten der Oesophagus nur für eine 7 mm dicke Sonde durchgängig war.

In der Literatur fand ich nur wenige Fälle beschrieben, bei denen ein Oesophaguscarcinom trotz grosser Ausdehnung im Leben keine Symptome darbot, die auf Carcinom hingewiesen hätten. Ich werde dieselben später mitteilen, vorerst möchte ich den mir zur Verfügung gestellten Fall beschreiben, bei dem das Carcinom einen völlig latenten Verlauf genommen hatte.

Anderer Karl, Ausgeher, 48 Jahre alt. Patient gibt an, vor ungefähr acht Tagen plötzlich in der Nacht mit Druck und Beklemmungsgefühl auf der Brust und heftigem Schweissausbruch, Schwindelgefühl und Atemnot ungefähr 1 Quart Blut erbrochen zu haben. Patient will darnach für kurze Zeit heftige stechende Schmerzen auf der Brust links, in der Herzgegend, empfunden haben. Am nächsten Morgen stellte sich Husten mit blutigem Auswurf ein, der bisher anhielt. Hin und wieder hat Patient leichte Anfälle, wie oben erwähnte, seit dieser Zeit gehabt. Sein Allgemeinbefinden ist sonst nicht gestört. Kein Erbrechen. Appetit nicht herabgesetzt, Stuhlgang regelmässig. Patient führt seine Erkrankung auf Verkältung zurück; vor 17 Jahren hat er ein ähnliches Leiden gehabt, sonst war er gesund. Patient ist verheiratet, Frau und Kinder gesund. Vater ist an Herzwassersucht gestorben, Mutter gesund. Potatorium früher 10 L, jetzt weniger. Infektion negiert. Arbeitsunfähigkeit seit 12 Tagen.

Befund.

Mässige Muskulatur u. Ernährungszustand. Haut- und Schleimhäute etwas anämisch. Zunge feucht, belegt. Keine besonderen Drüsenschwellungen. Processus

ensiformis verdickt. Supraklavikulargruben ausgefüllt, Sternovertebraldurchmesser grösser als normal. Thorax. Lungengrenzen an normaler Stelle, nicht oder kaum verschieblich. Schall über beiden Spitzen und fossae supraspinatae sind unterhalb der rechten Klavikel, sowie links hinten unten tympanitisch gedämpft, sonst sonor. Atemgeräusch überall mit zahlreichen, giemenden, schnurrenden, grossblasigen Ronchen. (Rechts mehr als links) inspiratorisch verschärft. Viel Husten mit bräunlichem hämorrhagischen Auswurf.

Herz.

Spitzenstoss nicht fühlbar. Herzspitze im 5. J. K. R. Herzfigur nach rechts normal, zweiter Ton etwas akzentuiert, nicht sehr laut, die übrigen Töne rein.

Puls mittelvoll, regelmässig, etwas frequent.

Adomen weich, nirgends gedämpft, nirgends druckempfindlich, Leberfigur verkleinert. Milz normal.

Nervensystem. Patellarreflexe gesteigert.

Klinische Diagnose: Phtysis pulmonum.

Krankengeschichte.

2. Jan. 1900. Temp. Morg. 37.8, Puls 92, Resp. 22, St. 1, Ab. 37.0.

3. Jan. Morg. 37.4, Puls 92, Resp. 22, St. 1, Ab. 36.3.

Auswurf massenhaft, derselbe ist serös schaumig. Im Harn Spuren von Eiweiss.

4. Jan. Morg. 37.1, Puls 92, Resp. 22, St. 1, Ab. 36.5.

Hustenreiz vermindert.

5. Jan. Morg. 36.5, Puls 84, Resp. 24, St. 1, Ab. 36.4.

6. Jan. Morg. 36.2, Puls 94, Resp. 28, St. 1, Ab. 37.5.

7. Jan. Morg. 36.5, Puls 106, Resp. 28, St. 1, Ab. 36.6.

8. Jan. Morg. 36.8, Puls 106, Resp. 28, St. 1, Ab. 36.6.

Patient hat sehr reichlichen Auswurf mit stark blutiger Beimischung.

9. Jan. Morg. 36.8, Puls 76, Resp. 32, St. 1, Ab. 36.5.

Im Sputum wurden Tuberkelbazillen nachgewiesen.

10. Jan. Morg. 36.4, Puls 78, Resp. 30, St. 0, Ab. 37.0.

11. Jan. Morg. 36.4, Puls 90, Resp. 38, St. 1, Ab. 36.8, Puls 106.

Patient hat eine sehr trokene, rote etwas geschwollene Zunge. Gegen Abend bekam der Kranke Anfälle von starker Dispnoe. Puls ist klein, frequent. Auswurf sehr reichlich, reich an Eiter und blutig tingiert. Zwei Mal musste Patient erbrechen.

12. Jan. Morg. 36.6, Puls 90, Resp. 28, St. 1, Ab. 36.2.

Patient seit gestern stark kollabiert. Corneae leicht ikterisch verfärbt. Am Hals an der vorderen Partie leichtes Oedem; plötzliche Heiserkeit. Kehlkopfbefund, abgesehen von einer Infiltration des Aryraumes ohne Befund. Auswurf reichlich, pflaumenbrühartig mit etwas Eiter gemischt. Lungenbefund abgesehen von den Spitzen, wo verschärftes Atmen ohne Rasselgeräusche besteht, negativ.

13. Jan. Morg. 36.8, Puls 90, Resp. 38, St. 0, Ab. 36.9.

Im allgemeinen Status idem. Patient noch stärker kollabiert als gestern. Auswurf, der gleiche, heute stark übelriechend, auffallender Fäulnisgeruch. Puls klein, Zunge trocken, Lippen aufgesprungen. Patient ist sehr schwach, über Schmerzen klagt er nicht.

14. Jan. Morg. 36.9, Puls 110, Resp. 40, St. 0, Ab. 36.5.

Patient hat sehr reichen Auswurf mit starkem Blutgehalt und stark schäumend. Puls kaum fühlbar, Zunge sehr trocken.

Am 15. Januar nachts $11\,^3/_4$ h erfolgte der Exitus letalis.

Sektion*) am 16. Januar.

Aeussere Besichtigung — Organe der Lokomotion.

Mittelgrosser ziemlich kräftig gebauter männlicher Körper (1,69 cm lang, 59 kg schwer) Haut pigmentiert, Corneae getrübt, Pupillen mittelweit, Totenstarre vorhanden, Totenflecken spärlich, Fettpolster reichlich entwickelt, an den Bauchdecken bis über 2 cm dick, Zwerchfellstand beiderseits 6. Rippe. Kleines Becken leer, Baucheingeweide in der gehörigen Lage, Wurmfortsatz frei beweglich. Herzbeutel liegt 3 Finger breit vor. Linke Lunge an der Spitze verwachsen, rechte frei, beide Pleurahöhlen enthalten eine geringe Menge seröser Flüssigkeit, im Herzbeutel ein Theelöffel seröser Flüssigkeit. In beiden Vorhöfen eine mässige Menge geronnenen Blutes.

Organe der Respiration.

Linke Lunge von mittlerer Grösse, weicher Konsistenz, an der Spitze eine haselnussgrosse durch eine Narbe mit der Pleura zusammenhängende Gruppe von fibrösem Gewebe umgebene Knötchen. Der Hauptstamm der Lungenarterien ist leer, in den Aesten 2. Ordnung zeigen sich reichlich Cruorgerinnsel, doch nirgends ein anderer Befund. Schnittfläche des Ober- und Unterlappens weich, lufthaltig, saftreich, die des Unterlappens aber dunkler und saftreicher. Ausser den bereits erwähnten Herden an den Spitzen nirgends tuberkulöse Prozesse. In den Bronchien die Schleimhaut gerötet, sonst nichts besonderes.

*) Sektions-Journal des path. Instituts No. 53, 1900.

Rechte Lunge gross, gebläht, mit glatter Pleura, von weicher flaumiger Konsistenz, Schnittfläche der drei Lappen ziemlich saftreich, lufthaltig, blutarm; in den Gefässen findet sich nirgends ein besonderer Inhalt. In den Bronchien, besonders denen des Unterlappens in reichlicher Menge ein schmutzig bräunlich gefärbtes schleimiges Sekret, von stellenweise leicht jauchigem Geruche.

Organe der Cirkulation.

Herz mittelgross mit reichlichem epikardialem Fett, das Epikard etwas verdickt, der rechte Vorhof etwas weiter als normal, die Klappen und das Endokard gehörig. Linkerseits die Ventrikel eng, die Klappen namentlich die Aortenklappen verdickt, Coronargefässe klaffend, Intima etwas verdickt. Muskulatur des Herzens wenig verdickt. In der Bauchaorta einige promenierende gelbliche Erhebungen.

Masse des Herzens.

L. Ventrikel-Höhe 7,3.
L. Ventrikel-Dicke 1,0.
Aortenumfang 7,0.
R. Ventrikel-Höhe 8,2.
R. Ventrikel-Dicke (inklusive Fett) 0,5.
Pulmonalumfang 7,2.

Peritoneum — Milz.

Milz etwas vergrössert, Kapsel ziemlich dick, auf der Schnittfläche die Pulpa gegen die Kapsel eingesunken, Gerüst etwas verdickt.

Verdauungskanal.

Der Magen enthält etwa 2 Esslöffel voll einer übelriechenden, bräunlichen Flüssigkeit, Schleimhaut missfarben, stark gelockert, an einzelnen Stellen besonders an der kleinen Cuvatur konfluierende Blutaustritte. Der ganze Dünndarm mit locker geronnenen theerfarbenen Massen erfüllt. Schleimhaut selbst gequollen, stark injiciert und gerötet.

Nach der Herausnahme der Halseingeweide zeigt sich nach Eröffnung des Oesophagus ungefähr 2 Finger breit unterhalb des Kehlkopfeinganges bis 3 Querfinger oberhalb des Magens in einer Länge von 13 cm die Oesophaguswand völlig zerstört durch eine überall geschwürig zerfallene Geschwulstmasse, sie zeigt eine Dicke von $1^1/_2$ cm, ist mit der Wirbelsäule in Verbindung und infiltriert ihr Periost. Die Geschwulstmasse ist von gelblicher Farbe, am Grunde schiefrig verfärbt, ungefähr in der Mitte ihres Längsverlaufes in der Medianlinie der Trachea eine für einen kleinen Finger durchgängige Perforationsstelle; ausser in der unmittelbaren Umgebung zeigt die Trachea nichts besonderes.

Leber.

Leber klein, relativ wenig derb, Ränder ziemlich scharf, Oberfläche glatt, Schnittfläche mit einer ziemlich dunklen aber unregelmässigen Muskatnuszeichnung, interlobuläres Bindegewebe anscheinend nicht verdickt, Schnittfläche glatt u. verhältnismässig fettarm.

Harnapparat.

Nieren mit sehr starker Fettkapsel, fibröse Kapsel stellenweise etwas adhärent, auf der Schnittfläche Rinde und Mark wenig deutlich unterschieden; Rinde etwas vorquellend, Nierenbecken eng, Hilus sehr fettreich.

Anatomische Diagnose.

Jauchiges und ulceröses Carcinom des Oesophagus mit Perforation in die Trachea.

Nebenbefunde: Spitzentuberkulose der Lunge.

Grosser Wahrscheinlichkeit nach ist der Durchbruch in die Trachea während des Anfalles erfolgt, der acht Tage vor Aufnahme des Kranken in das Krankenhaus stattgehabt hatte. Hiebei wurde ein Gefäss verletzt, infolgedessen das Blut in die Bronchien gelangte und ausgehustet wurde. Hätte schon früher

eine Kommunikation zwischen Oesophagus und Trachea bestanden, so wären schon früher ulceröse Massen in die Trachea gelangt und von dem Kranken ausgehustet worden, eine Erscheinung, die dem Kranken kaum entgangen und bei Aufnahme der Anamnese mitgeteilt worden wäre. Die Angabe des Kranken, dass am Tage nach dem Anfall Husten und blutiger Auswurf eingetreten sei, spricht für diese Ansicht. Es ist allerdings nicht ganz auszuschliessen, dass, nachdem das Carcinom die Trachea durchwuchert hatte, ein Gefäss arrodiert wurde, von dem aus die Blutung in die Trachea stattfand. Für die letztere Annahme spricht der Umstand, dass bei der Nahrungsaufnahme, die, da der Appetit nicht gestört war, keine Unterbrechung erlitt, niemals Speisen in die Trachea gelangten; jedoch ist dies bei kleiner Perforationsöffnung nicht unbedingt nötig. Der Durchbruch wäre dann in den letzten Tagen erfolgt, als plötzliche Heiserkeit eintrat. Auf eine Verletzung der nervi recurrentes kann dieselbe nicht zurückgeführt werden, da durch die damalige sofortige Spiegeluntersuchung keine Veränderungen im Kehlkopfe nachgewiesen werden konnten.

Das Fehlen jeglicher Schlingbeschwerden kann darauf zurückgeführt werden, dass das Carcinom schon so frühzeitig ulcerierte, dass gar keine Verengerung der Speiseröhre und infolgedessen auch keine Schlingbeschwerden eintraten, oder dass zwar eine Verengerung bestanden hat, jedoch wie in dem eingangs erwähnten Falle keine Symptome gemacht hat. Die Rasselgeräusche, welche bei dem Kranken gehört wurden, rührten von den aspirierten ulcerösen Massen her. Durch eine Bronchitis können dieselben nicht hervorgerufen worden sein, da die bei der Sektion an den Bronchien vorgefundenen Veränderungen hiefür zu geringgradig waren.

Selten erreicht ein Oesophaguscarcinom eine solche Ausdehnung wie in diesem Falle. Während Jakoby als Durchschnittsmass 6,51 cm berechnet, beträgt hier die Länge des Carcinoms 13 cm. Von 225 Fällen fand Jakoby

bis	zu	2	cm	Länge	11	Fälle,
„	„	4	„	„	43	„
„	„	6	„	„	60	„
„	„	8	„	„	57	„
„	„	10	„	„	27	„
„	„	12	„	„	25	„
„	„	14	„	„	4	„
„	„	16	„	„	4	„
„	„	18	„	„	1	„
„	„	20	„	„	2	„
„	„	21	„	„	1	„

Der Sitz des Carcinoms war das mittlere Drittel der Speiseröhre, von ihm aus übergreifend auf das obere und untere Drittel. Die Angaben über den häufigsten Sitz sind sehr widersprechend. Nachfolgende Tabelle gibt hierüber Aufschluss.

		Drittel					Ganz Ösoph.	Unt. Hälfte	Ob. Hälfte
		I	II	III	Iu.II	IIu.III			
Habershorn	1857	45,2	41,1	13,7	—	—	—	—	—
Petri	1868	4,5	29,5	40,9	2,2	18,1	2,2	—	—
Zenker	1877	13,3	6,6	40,3	13,3	20,0	6,6	—	—
Makenzie	1884	44,0	28,0	22,0	—	—	—	6	—
Braasch	1886	8,3	50,0	33,3	—	4,0	4,0	—	—
Cölle	1887	11,5	30,8	30,8	3,8	23,1	—	—	—
Rebitzer	1889	15,0	20,0	30,0	5,0	15,0	5,0	10,0	—
Schimmelpfennig	1889	7,1	28,4	28,4	14,2	21,3	—	—	—
Kraushaar	1893	30,4	39,6	30,0	—	—	—	—	—
Voigt	1894	5,9	25,0	60,3	—	8,8	—	—	—
Jacoby	1897	16,67	32,48	28,84	7,05	11,55	1,28	0,42	1,71

Uebergreifen des Carcinoms auf benachbarte Organe.

Das Carcinom hat die Wirbelsäule und die Trachea ergriffen. In der Literatur sind 53 Fälle benannt, in denen das Carcinom auf die Wirbelsäule übergegangen ist. Ein Fall ist beschrieben, bei dem das Carcinom auf den Spinalkanal übergriff, ohne die Wirbel anzugreifen. Die Luftröhre wurde von Jakoby bei 708 Oesophaguscarcinomen 34mal von Carcinommassen ergriffen resp. durchwuchert gefunden, ohne dass eine Perforation stattgefunden hätte; 48mal bestand eine Perforation.

Das Oesophaguscarcinom kann in alle angrenzenden Organe perforieren. In die Trachea perforiert es

nach Petri in 12,12 %,
„ Opitz „ 16,84 „
„ Jakoby „ 25,28 „

Kombination von Tuberkulose und Carcinom.

Bezüglich der Kombination von Carcinom mit Tuberkulose berichtet Lubarsch in folgender interessanter Statistik:

	Krebs überhaupt	Krebs und Tuberkulose	pCt.
Magenkrebs	193	38	19,7
Uteruskrebs	129	29	22,5
Oesophagus	47	11	23,4
Mamma	40	6	15,0
Gallenblase und Gall.-Gänge	28	1	3,6
Rektum	24	6	25,8
Dickdarm (ohne Rektum)	14	2	14,3
Ovarium	9	2	22,2
Leber	8	1	12,5
Lunge	8	3	37,5
Pankreas	6	1	16,6
Haut und Schleimhaut	6	3	50,0

	Krebs überhaupt	Krebs und Tuberculose	pCt.
Zunge	5	1	20,0
Knochen	5	—	—
Harnblase	4	2	50,0
Penis	4	1	25,0
Schilddrüse	4	2	50,0
Lymphdrüse	4	—	—
Vulva	4	1	25,0
Duodenum	2	—	—
Peritoneum	2	—	—
Parotis	2	1	50,0
Ileum	2	2	100
Tonsillen	1	—	—
Hoden	1	1	100
Nieren	1	—	—
Nebennieren	1	—	—
Prostata	1	—	—
Auge	1	1	100
Gehirn	1	—	—
Vagina	1	1	100
Larynx	1	1	100
	569	117	
Krebs sämtl. Digest.-Organe	326	63	19,3
Alle übrigen Org. zusammen	243	54	22,2

Untes den 569 Fällen findet sich das Oesophaguscarcinom 47 mal = 8,26%. Krebs und Tuberkulose ist nach ihm bei 11 Fällen oder in 23,4% zusammen aufgetreten. Diese Zahl stimmt mit der bei Magen-, Uterus- und Mammacarcinom gefundenen überein.

Löb fand auf 1539 Sektionen des pathologischen Instituts in München 111 Fälle von Carcinom; bei diesen war 31mal Krebs mit Tuberkulose kombiniert; die Tuberkulose war in 8 Fällen als geheilt, in 23 als florid zu bezeichnen.

Nach anderen Autoren ist die Kombination beider Erkrankungen viel seltener.

Nach Cahen kommt auf 20 Fälle von Krebs oder 50 Fälle von Phthise ein Fall, in dem sich beide Krankheiten kombinieren. Bei Oesophaguscarcinomen kommen nach ihm in 4,35% beide Krankheiten zusammen vor.

Bei Potatoren soll die Krankheit häufiger vorkommen, als bei anderen Leuten. Leider fehlt in den Berichten meistens die Angabe, wieviel die Kranken getrunken haben. Die Ansichten über Potatorium sind sehr verschieden. Heutzutage gibt es manche, welche Leute, die 1 L Bier täglich konsumieren, als Potatoren bezeichnen. In unserem Falle besteht jedenfalls kein Zweifel, dass ein Mann, der täglich durchschnittlich 10 L zu sich nimmt, den Potatoren zuzurechnen ist.

Die in dem Darmtraktus gefundenen geronnenen Blutmassen lassen auf eine kurz vor Eintritt des Todes erfolgte Blutung schliessen. Das blutende Gefäss war jedenfalls unterhalb der Perforationsstelle gelegen, da sonst das Blut durch die Oeffnung in die Respirationswege gelangt wäre und die Erscheinungen eines Blutsturzes geboten hätte.

Der erste Fall, den ich in der Literatur fand und der von Meyerhoff beschrieben wutde, bot ähnliche Erscheinungen, wie der so eben beschriebene. Auch bei ihm ist die Krankheit völlig symptomlos verlaufen, insbesondere hatte der Patient niemals Schluckbeschwerden. Das Carcinom war ebenfalls mit Lungentuberkulose kombiniert und hatte die Wirbelsäule ergriffen und die Trachea perforiert. Dagegen fanden sich in die Carcinommassen tuberkulöse Herde eingestreut, die aber nur mikroskopisch nachweisbar waren. Solche Herde wurden bei meinem Falle nicht

nachgewiesen. Ich lasse die Beschreibung im Auszug folgen:

J. O., 42 Jahre alt, Maurer aus Eisenbach gibt an, dass seine Mutter in hohem Alter gestorben, sein Vater im 42. Jahre einer Lungenentzündung erlegen ist. Seine einzige Schwester ist gesund. Er selbst erkrankte zum ersten Male angeblich in seinem 21. Jahre an einer Lungenentzündung und überstand dieselbe, ohne dass die Erkrankung bemerkbare Folgen hinterliess. Seit 1891 verspürt er leichte Beschwerden auf der Brust und seitdem bestand auch Auswurf, jedoch nie mit Blut vermischt. Zu gleicher Zeit wurde auch die Stimme heiser, über Schmerzen im Hals oder Schluckbeschwerden hatte er aber nie zu klagen. Sonst war sein Allgemeinbefinden ungestört und der Appetit gut. Nachtschweisse, Durchfälle, Kopfweh oder Herzklopfen will er nicht gehabt haben. Am 25. I. 92 wird er in die medizinische Klinik aufgenommen.

Status bei der Aufnahme: Da sich die Hauptbeschwerden auf den Kehlkopf beziehen, wird zunächst eine laryngoskopische Untersuchung vorgenommen, und zwar mit folgendem Resultat. Das in der Ruhestellung mehr einwärts gerückte, verkürzte linke Stimmband bleibt bei der Phonation unbeweglich (in Kadaverstellung), während das rechte die Mittellinie überschreitet. Im übrigen erscheinen die Stimmbänder rein und die Schleimhaut des Kehlkopfes zeigt keine Ulcera. Diphthonge werden deutlich ausgesprochen. Weder spontan noch auf Druck verspürt Patient Schmerzen im Kehlkopf. Der allgemeine Körperbefund gestaltete sich folgendermassen: Patient von ziemlich grosser Gestalt, gracilem Knochenbau, mässig entwickelter Muskulatur ist ziemlich schlecht genährt. Haut und Gesichtsfarbe sind blass, der ganze Habitus

ein ausgesprochen phthisischer. Die Temporalgruben sind tief eingesunken, und die Arterie temporalis sichtbar. Submaxillar- und Halsdrüsen sind nicht geschwollen. Das Schlucken ist ohne Behinderung, die Stimme deutlich heiser. Der Thorax ist schmal und lang, die rechte Mohrenheim'sche Grube erscheint tiefer als die linke, die Supraklavikulargruben sind beide etwas vertieft. Bei der Respiration bleibt die rechte Seite etwas zurück. Der Perkussionsschall ist auf beiden Seiten von der Spitze bis zum 2. Interkostalraum verkürzt, rechts mit tympanitischem Beiklang, im übrigen hell und zwar links bis zum obern Rand der V., rechts bis zum untern Rande der VI. Rippe. Das Atmungsgeräusch erscheint in beiden Fossae supraklavikulares abgeschwächt, links mit vereinzelten knackenden Geräuschen bei der Inspiration, während das Exspirium nicht wesentlich verändert ist, rechts mit zahlreichem Schnurren. Unterhalb der Klavikula ist links das Inspirium etwas hauchend, im übrigen auf der Vorderseite vesikuläres Atmen, zeitweise mit leichtem Schnurren. Rechts hört man nahe dem Sternum das Exspirium stark verlängert, dem bronchialen Atmen sich nähernd, weiter nach aussen abgeschwächtes Atmen und häufiges Schnurren und Pfeifen. Der Schall ist hinten rechts in der Fossa supraspinata stark gedämpft mit tympanitischem Beiklang, bleibt auch unterhalb der Spina verkürzt bis einen Querfinger oberhalb des Skapularwinkels, wird dann hell bis zur elften Rippe. Links ist er oberhalb der Spina kürzer als unterhalb derselben und gleichfalls hell bis zur XI. Rippe. Man hört auf der rechten Fossa supraspinata nahe der Wirbelsäule ein stark verlängertes Exspirium und unbestimmtes Inspirium, viel feuchtes Rasseln, nach aussen abgeschwächtes Atmen. Ueber der Skapula stark verlängertes Ex-

spirium, nach unten vesikuläres Atmen, nur wenig Rasseln. Links ist in der Fossa supraspinata die Atmung vesikulär, aber vermischt mit vereinzelten Rasselgeräuschen, unten rein vesikulär. Auswurf und Husten gering. Temperatur zeitweise auf 38,2 erhöht. Appetit und Stuhlgang ungestört. Der Urin enthält kein Albumen.

Diagnose. Phthisis pulmonum. Infiltratio lobi sup. dext. Cavernae? Catarrhus apic. sinist. Paralysis nervi recurrentis sinistr. (wahrscheinlich durch Bronchialdrüsen bewirkt).

5. II. Patient fiebert stets. Körpertemperatur abends 39,8. Körpergewicht 98 ℔. Patient klagt jetzt über viel Husten, der namentlich bei Nahrungsaufnahme auftritt. Sonst fühlt sich Patient wohl.

8. II. Temperatur zuweilen 40°. Körpergewicht 92 ℔. Seit 4 Tagen Obstipation, deshalb Laxantien.

15. II. Die Körpertemperatur schwankt abends zwischen 39 und 40, die Remissionen morgens gehen nicht unter 38° herunter. Die Klagen des Patienten beziehen sich nur auf Husten, der besonders durch Schlucken hervorgerufen wird. Ein Verschlucken kommt bei ihm nicht vor. Seit 4 Tagen besteht wieder Obstipation. Die Atmung ist ziemlich beschleunigt. Der Schall über der rechten Lungenspitze bis hinab zur III. Rippe jetzt stärker gedämpft als früher, sonst ist der perkutorische Befund derselbe. In den gedämpften Partien hat das Atmungsgeräusch einen mehr bronchialen Charakter angenommen, daneben sind überall zahlreiche Rasselgeräusche hörbar. Hinten ist der Schall auf beiden Seiten kurz bis zum Skapularwinkel, weiter unten mässig voll, die Atmung rechts im Bereich der Dämpfung bronchial, weiter abwärts rauh vesikulär, links oben vesikulär mit knackenden Geräuschen und sehr vielem Rasseln.

17. II. Patient fiebert 39,7 und hustet stark. Seit Mittag stark kollabiert, Puls sehr klein 156.

18. II. Früh 1/28 Uhr Exitus letalis.

Sektion.

Grosse männliche Leiche, ziemlich kräftig gebaut, schlecht genährt. Die Haut dünn, schlaff und äusserst blass mit spärlich entwickelten blassen Totenflecken. Die Pupillen von mittlerer, gleicher Weite. Mässige Totenstarre. Das Unterhautzellgewebe äusserst fettarm, das Fett ziemlich dunkel gelb gefärbt, trocken. Die Muskulatur schlecht entwickelt, blass braunrot, mit sehr schlaffer Faser. Der Unterleib eingezogen, die Bauchdecken schlaff. Die Leber überragt den Rippenbogen um 2—3 Querfinger. Das Zwerchfell, mit der Leber durch zahlreiche, leicht zerreissliche Bindegewebsstränge verwachsen, steht rechts am untern Rand der IV., links am obern Rand der V. Rippe.

Thorax flach. Nach Abnahme des Sternums sinken die Lungen gar nicht ein. Die vorderen Lungenränder berühren einander, vom Herzbeutel somit nur wenig sichtbar. Linke Lunge vorn und oben frei, hinten und unten an der Basis strangförmig verwachsen; die Spitze des Unterlappens fester schwielig an der Wirbelsäule fixiert. Beim Lösen dieser Stelle reisst die Pleurakostalis in geringer Ausdehnung ein und es entleert sich aus dem hintern Mediastinum eine mit gelben Bröckeln vermischte trübgraue Flüssigkeit. Mit der Sonde gelangt man durch diesen Pleuralriss in die Speiseröhre. Die rechte Lunge im Bereich des ganzen Oberlappens, besonders fest an der Spitze verwachsen. Der Unterlappen grösstenteils frei; nur am Lungenhilus findet sich ein Teil des Unter- und Oberlappens sehr fest mit den Bronchien und dem Mediastinum verwachsen. Im Herzbeutel etwas vermehrte klare Flüssigkeit. Das Perikard überall glatt,

glänzend und feucht, nur an der oberen Umschlagstelle hinten in diffuser Weise gerötet.

Herz normal gross, aussen glatt mit spärlichem, sulzig atropischem Fettgewebe über dem rechten Ventrikel; an der vordern Seite beider Ventrikel einige scharf umschriebene glatte Sehnenflecke. Die Lungenvenen und der linke Vorhof schlaff, enthalten nur wenig flüssiges Blut und lockere Cruorgerinnsel. Linker Ventrikel dilatiert, mit reichlichen locker geronnenen Cruorgerinnseln und der Wand anhaftenden Fibringerinnsel. Linker Ventrikel dilatiert. Die Muskulatur des normal weiten rechten Ventrikels normal dick, sehr blass, braunrot und schlaff. Die Klappen des rechten Ventrikels normal. Muskulatur des erweiterten linken Ventrikels ebenfalls äusserst blass braunrot, ungefähr von normaler Dicke und äusserst schlaff. Klappen normal. Die Aorta mit spärlichen, kleinen, flachen sklerotischen Platten.

Wegen der bei Lösung des linken Unterlappens konstatierten Erkrankung der Speiseröhre werden die Halsorgane im Zusammenhang mit den Lungen herausgenommen. Hierbei zeigt sich, dass der Oesophagus bereits in seinem oberen Teil fester an die Wirbelsäule angelötet ist und weiter nach unten die Lösung nur mit dem Messer möglich ist. Darauf reisst bei leichtem Zug der Oesophagus plötzlich ein, und es entleert sich dabei aus demselben eine nicht reichliche trübgraue Flüssigkeit, welche mit opaken trocken käsig aussehenden Bröckeln vermischt ist. Bei weiterer Präparation zeigt sich, dass an dieser Stelle ungefähr 4 cm vom Ringknorpel nach unten entfernt, die hintere Oesophaguswand in der Länge von 3 cm überhaupt fehlt, völlig zerstört ist, und dass die Speiseröhre hier von der anderen Fläche der Wirbelsäule begrenzt wird, welche übrigens nirgends cariös, sondern nur

etwas bindegewebig verdickt und mit denselben Massen bedeckt ist, wie die aus dem Oesophagus beim Anreissen entleerten. Von da nach unten ist die Speiseröhrenwand auch noch fester als normal an die Wirbelsäule fixiert, doch lässt sie sich ohne weitere Einrisse lösen; im untersten Drittel ist die Speiseröhre wieder normal fixiert. Nach dem Aufschneiden des Oesophagus zeigt sich ein Bild ausgedehntester ulceröser Zerstörung desselben. Schlundschleimhaut etwas ödematös und leicht venöshyperämisch. Der oberste Teil der Speiseröhre in der Länge von 4 cm — vom unteren Rande des Ringknorpels gemessen — ist relativ normal, ihre Wand erhalten und die Schleimhaut etwas weicher, wie gelockert und mässig venöshyperämisch. Von da nach unten ist die Speiseröhrenwand in der Länge von 9 cm völlig zerstört. Die an Stelle derselben gelegene Höhle ist weiter als die oberhalb und unterhalb erhaltene Speiseröhre; sie misst hier aufgeschnitten 7 cm, während der Oesophagus oberhalb der ulcerativen Zerstörung 5 cm, unterhalb 4 cm weit ist. An den Schnitträndern kann man ferner erkennen, dass die Wand der Speiseröhre, insbesondere die deutlich erkennbare nirgends hypertrophische Muskulatur am obern und untern Umfang der ulcerativen Höhle wie abgeschnitten aufhört, und dass die, die an der Stelle des Oesophagus gelegene ulcerative Höhle hinten und seitlich begrenzende, zum Teil sehr dünne, am oberen Pol, wie schon hervorgehoben, völlig zerstörte Begrenzungsmembran von dem infiltrierten und indurierten periösophageralen Gewebe gebildet wird. Verbindet man das obere und untere Ende der mit scharfer Linie getrennten Muskelschichten der Speiseröhre in gerader Richtung, so ist es leicht überzeugend nachzuweisen, dass die ulcerative Höhle die Grenzen des Oesophagus überschritten hat und bereits

ausserhalb desselben gelegen ist. Nach vorn wird die ulcerative Höhle begrenzt von der Trachea, deren einzelne Knorpelspangen in den seitlichen Teilen deutlich hervortreten, während der hintere membranöse Teil der Trachea leicht rinnenförmig eingesunken ist. Da die Ulceration auch auf die seitlichen Teile der Trachea übergeht und besonders rechts die Knorpelspangen weit freilegt, wölbt sich die in ihrer Konfiguration erhaltene Trachea in die Höhle vor; am untern Umfang der Höhle ist die Teilungsstelle der Trachea deutlich zu erkennen und von den Bronchien ist der linke in grösserer Länge freigelegt, als der rechte. Auf der linken Seite wird die ulcerative Höhle begrenzt im oberen Umfang von der linken Carotis und dem Anfangsteil der linken Subklavia, weiter nach unten vom Arcus tortae und der Arteria thoracica descendens bis zur V. Interkostalarterie herunter. Auf der rechten Seite wird die Höhle im oberen Teil, wo sie beinahe auf die vordere Wand der Trachea übergreift, von der Anonyma und einigen geschwellten gelb und schwarz gefärbten Lymphdrüsen begrenzt, in der unteren Hälfte von der zum Teil indurierten und stark herangezogenen Substanz der rechten Lunge; die Begrenzung hinten wird, wie schon hervorgehoben, von induriertem und infiltriertem Bindegewebe des hinteren Mediastinums, im oberen Teil von den vorderen Flächen der Wirbel gebildet. Die Innenfläche der Höhle macht den Eindruck des rapid ulcerösen Zerfalls, überall finden sich fetzige, der unregelmässig buchtigen Höhle anhaftende, grautrübe und gelblich opake, anscheinend nekrotische Massen; besonders reichlich sitzen diese an der die Höhle begrenzenden Aussenseite der Aorta; zwischen der rechten Seite der Trachea und den die Höhle daselbst begrenzenden Lymphdrüsen sind mehrere bindegewebige Stränge

ausgespannt. Auch die hintere Seite der Trachea ist mit ausgedehnten, schmierig grauen fetzigen Massen bedeckt, dazwischen erkennt man aber auch ziemlich zahlreiche stecknadelkopf- bis klein erbsengrosse höckrige Erhabenheiten, welche zum Teil zusammenfliessen und eine trübe graue und gelblich opake Farbe zeigen. Im membranösen Teil, 3 cm vom oberen Geschwürsrand entfernt, findet sich eine kaum erbsengrosse, rundliche unregelmässig opakige Oeffnung, welche in die Trachea führt und hier, 1,5 cm oberhalb der Bifurkationsstelle liegt. Im untern Teil der Höhle, besonders nach rechts zur angelöteten Lunge hin, sieht man grössere, flache, grau und gelblich trüb gefärbtere, festere Infiltratherde. Die Innenfläche der ganzen Höhle ist mit reichlicher, dünnflüssiger, trüber Flüssigkeit und kleinen, wie käsig aussehenden Flocken belegt. Der obere Rand der Höhle ist scharf begrenzt, die Schleimhaut der Speiseröhre hier ganz leicht wulstig verdickt und aufgeworfen: der untere Rand nicht so scharf und die Schleimhaut noch weniger verdickt.

Etwa 1 cm unterhalb des unteren Geschwürsrandes findet sich eine trichterartig ausgezogene Partie der Speiseröhrenwand von 1 cm Tiefe; an der ca. fünfpfennigstückgrossen Oeffnung derselben ist die verdickte Schleimhaut strahlig und faltig in den Trichter hineingezogen. Die trichterartige Ausziehung der Speiseröhrenwand ist aussen in ganzer Ausdehnung von der Muskularis der Speiseröhre bedeckt und der Trichter verläuft, sich immer mehr verjüngend bis zur ersten Teilung des linken Bronchus, woselbst die Spitze desselben an einer geschrumpften, antrakotischen Lymphdrüse fest fixiert ist. Die Muskulatur dieser ausgezogenen Stelle reicht bis an die Anheftungsstelle jener Drüse heran und die Schleimhaut ist innen nicht

durchbrochen. Im unteren Teile der Speiseröhre die Schleimhaut etwas venös hyperämisch; in der Umgebung der Oeffnung des Traktionsdivertikels erkennt man einige flache, scharf umschriebene Geschwüre, welche mehrfach in einander zusammenfliessen und deren Grund nicht infiltriert, deren Ränder schlaff und graurötlich injiciert sind. Die bei Lösung der linken Lunge konstatierte Perforationsöffnung liegt zwischen der Aorta und dem Bronchus und mündet hier thatsächlich in die Höhle ein und zwar am unteren Pol derselben.

Kehlkopfknorpel verknöchert. Im Kehlkopf und der Trachea reichliche, trübgraue Flüssigkeit, welcher zahlreiche kleine, opake, käsige Bröckel beigemischt sind. Die Schleimhaut des Kehlkopfes ist mässig injiciert, die der Trachea stark gelockert und nach unten zunehmend stärker injiciert, besonders stark in der Umgebung der Perforationsöffnung der ulcerativen Höhle der Speiseröhre. Die Schleimhauträndер dieser Oeffnung sind teils dünn und schlaff, teils trübe gelblich wie käsig infiltriert. Nach unten grenzt an die Perforationsöffnung ein kleines flaches Geschwür.

Der linke Nervus recurrens verläuft unmittelbar von seiner Abzweigung von N. vagus an in infiltriertem Gewebe am unteren Umfang des Aortenbogens, dann tritt er 1,5 cm von seiner Abzweigung entfernt, in nächste Beziehung zur ulcerativen Höhle des Oesophagus und hört dann mit gezackter Linie vollkommen auf. In seinem obersten Teile ist der linke N. recurrens erhalten, verläuft am oberen Pol der Höhle neben einer infiltrierten, sehr harten Lymphdrüse vorbei, dann 1 cm weit an der Wand der Höhle, um nun auch hier, wo er dem Verlauf nach in die Höhle eintreten müsste, mit scharfer Linie aufzuhören. Es fehlt demnach vom linken N. recurrens ein 5 cm

langes Stück vollkommen. Der linke N. vagus ist sehr bald nach der Abzweigung des Rekurrens auf einer indurierten und pigmentierten Lymphdrüse fest angelötet, abgeplattet und wie ausgefasert. Der rechte Rekurrens ist vollkommen erhalten. Dagegen geht der Vagus dieser Seite sehr bald in äusserst derbes Schwielengewebe über, verläuft dann in der Wand der Höhle und ist unten nicht mehr nachzuweisen.

Linke Lunge voluminös, die Ränder stark gebläht. Pleura grössenteils glatt, nur an der Lingula mit ziemlich dicken, fein gerippten, fibrinösen Beschlägen. An der Spitze des Oberlappens nach vorn eine leichte Einziehung, ihr entsprechend auf dem Durchschnitt eine kirschgrosse glattwandige bronchiektatische Kaverne mit käsig bröckligem Inhalt. Das Gewebe der Lingula, dem fibrinösen Pleurabelag entsprechend, zum grössten Teil luftleer, pneumonisch infiltriert, auf dem Durchschnitt leicht gekörnt, graurötlich mit gelblichen Einlagerungen; das umgebende Gewebe stark ödematös. Das übrige Gewebe des Oberlappens lufthaltig mit zahlreichen Tuberkeln durchsetzt. Das Gewebe des Unterlappens lufthaltig ebenfalls mit zahlreichen ziemlich dicht stehenden Tuberkeln. In den Bronchien reichlicher zäher Schleim und trübe, graue mit gelblichen Flocken vermischte Flüssigkeit, die Schleimhaut der feineren Bronchien sehr stark dunkelrot injiciert.

Rechte Lunge. An der Spitze des Oberlappens eine apfelgrosse, besonders nach hinten sehr dünnwandige Kaverne, die einen spärlichen grauen mit kleinen käsigen Bröckeln vermischten Inhalt hat, und in die von unten ein grosser Bronchus frei einmündet. Umgebung der Kaverne bindegewebig induriert. Das Gewebe aller Lappen lufthaltig mit zahlreichen

Tuberkelknötchen. In den Bronchien reichlich Schleim, Schleimhaut ziemlich stark injiciert.

Die übrigen Organe ohne Besonderheiten.

Anatomische Diagnose.

Ausgedehnte carcinomatös-tuberkulöse Ulceration der Speiseröhre mit Freilegung der Trachea und Perforation in dieselbe. 5 cm langer Defekt des linken N. reccurrens. Traktionsdivertikel der Speiseröhre. Frische lobuläre Pneumonie der linken Lunge. Bronchitis und Tracheitis. Chronische und subakute Tuberkulose mit Kavernen beider Lungenspitzen. Schlaffes Herz. Chronischer Hydrocephalus internus, Hyperämie des Gehirns und seiner Häute.

Ein weiterer Fall von latent verlaufenem Oesophaguscarcinom ist der in Ziemssens Handbuch der spec. Path. und Therap. Bd. VII von Zenker angeführte. Zenker schreibt hierüber.

Holder Aug., 66jähriger Zirkelschmied aus Dresden, starb am 20. Januar 1852 im Dresdener Stadtkrankenhaus, nachdem er vier Wochen zuvor mit Lähmung der unteren Extremitäten und der Harnblase aufgenommen worden war. Ueber erhebliche Schlingbeschwerden hat er offenbar damals nicht geklagt, da keine darauf bezügliche Diagnose gestellt wurde.

Sektion, 21. Januar 1852. Leichendiagnose: Carcinom des Oesophagus. Fortgesetztes Carcinom der Trachea und zweier Wirbelkörper. Metastatische Carcinome der Tracheal- und Bronchialdrüsen, der Lungen, Leber, Nieren. Seröse Cyste im Kleinhirn mit hämorrhagischer Infiltration der Umgebung. Brandige Cystitis urinaria. Linksseitige Hydrocele.

Kleine abgemagerte Leiche, Haut sehr schlaff; erdfahl; Füsse wenig ödematös; über dem Kreuzbein die Haut im Umfang eines Handtellers schwarz grünlich gefärbt, die Epidermis abgelöst. Linke Hälfte

des Hodensacks zu Mannesfaustgrösse angeschwollen, fluktuierend (Hydrocele).

Pharynxschleimhaut normal; unmittelbar am Beginn der Speiseröhre dem untern Rand des Ringknorpels entsprechend eine Anzahl weissgrauer, etwa nadelkopfgrosser Markknötchen in der Submucosa und an der vorderen Wand eine stärkere Verwulstung der Schleimhaut, aus welcher beim Einschneiden ein rötlich-grauer Brei hervorquillt. Etwa 1 Zoll tiefer beginnt eine mehrere Zoll lange, den ganzen Umfang des Rohres einnehmende Geschwürsfläche, deren oberer Rand stark unterminiert, überhängend, deren Basis sehr uneben, vielfach tief ausgebuchtet und mit einem schmierigen, grünlichen, übelriechenden Brei belegt ist. Nach oben und unten von diesem Geschwür eine Anzahl bis erbsengrosser, runder Geschwüre mit verdickten, krebsig infiltrierten Rändern. Nach unten folgt dann eine etwa $1^1/_2$ Zoll lange, ganz normale Strecke. Sodann beginnt wieder eine bis zur Cardia reichende krebsige Infiltration der ganzen Oesophaguswand, welche oberhalb der Cardia die Dicke von $^1/_2$ Zoll erreicht. Die Innenfläche hier, bis auf ein tiefes Geschwür an der Cardia und eine leichte Erosion höher oben unverletzt.

Nach der Cardia zu das Rohr so eng, dass der Zeigefinger nur mit Mühe durchdringt. Nach unten von dieser Striktur noch 2 erbsen- bis bohnengrosse Markschwammknoten unter der Schleimhaut. Der Aortenbogen durch bis in dessen Adventitia vordringende Infiltration fest mit der Speiseröhre verbunden; ebenso auch die Trachea. Die trachealen Lymphdrüsen zeigen innerhalb melanotischen Gewebes meist mehr oder weniger ausgebreitete krebsige Infiltration. Endlich ist die Speiseröhre an mehreren Stellen fest an die Wirbelsäule angeheftet. Kehlkopf-

schleimhaut bleich, normal. Luftröhre: etwa 1 Zoll unter dem Ringknorpel beginnend, die Schleimhaut an der hinteren Wand krebsig infiltriert, leicht gewulstet, die Oberfläche an der infiltrierten Stelle uneben, grünlich-grau. In der Umgebung der Infiltration nach oben und nach den Seiten isolierte, runde, weissgraue bis etwa linsengrosse Markschwammknötchen; am Eingang des linken Bronchus ein rundes Pfennigstückgrosses Krebsgeschwür, in dessen mit zottiger, weissgrau erweichter Masse belegter Basis die Knorpelringe freiliegen. Unmittelbar darunter in den Bronchus selbst hineinreichend, ein weiteres, etwa Zehnpfennigstückgrosses, sehr tiefes, buchtiges Geschwür mit krebsig infiltriertem Rande und Grunde. Schilddrüse in beiden Lappen zu Hühnereigrösse geschwollen, links mit zahlreichen, bis kirschgrossen Cysten, die teils mit Blutgoakulum, teils mit Colloidmasse gefüllt sind, rechts durchaus verkalkt, mit vielen grösseren und kleineren Höhlen. Nach Oeffnung des Wirbelkanals zeigt sich der 2. und 8. Brustwirbelkörper weich und der letztere bildet zugleich eine in den Kanal vorragende weiche Geschwulst. Nach Durchsägung der Wirbelkörper zeigen sich die beiden Wirbelkörper bis auf einzelne noch erhaltene Knochensplitter durch Markschwammmassen zerstört und ersetzt. Die übrigen Wirbel sind normal. Das Kapitulum der 7. Rippe ist auch durch Markschwamm zerstört. Unter der Arachnoidea spinalis eine mässige Menge Serum; an der hintern Fläche derselben ein dünnes, milchweisses Knorpelplättchen von 2—3 Linien Durchmesser. Pia ziemlich blass. Rückenmarksubstanz in der Gegend des 8. Brustwirbelkörpers weicher, auf dem Durchschnitt vorquellend, in den übrigen Partien von normaler Konsistenz. Beide Lungen nur an den Spitzen verwachsen; durch die Lappen verstreut eine grosse Anzahl teils isoliert,

teils in Gruppen stehender, etwa grieskerngrosser, matt weissgrauer Knötchen. Im hinteren Teil der Unterlappen kleine lobuläre, pneumonische Herde. In Leber und Nieren ähnliche Knötchen.

Bei dem 3. Fall ist zwar nicht ausdrücklich angegeben, ob das Carcinom im Leben diagnostiziert wurde, aber aus der Beschreibung ergibt sich, dass das nicht der Fall war. Dieser Fall ist von Knaut beschrieben:

A. M., Almosenempfängerin wurde am 9. I. 1895 in das städtische Krankenhaus aufgenommen. Die wenig ergiebige Anamnese ergibt als wichtigstes, dass Patientin seit 2 Jahren an Magenbeschwerden leidet; ausserdem klagte sie über genau lokalisierte Magenschmerzen. Sie musste alle genossenen Speisen erbrechen. Nie Blutbrechen oder blutige Stühle. In der letzten Zeit starke Abmagerung.

Status. Ausserordentlich magere, etwas kachektisch aussehende Patientin. Drüsenschwellung in beiden Leistenbeugen. Respirations- und Cirkulationsorgane ohne Besonderheiten. Die Leberdämpfung überschreitet in der Mammillaris den Rippenbogen um 8, den Nabel um 6 cm. Dem Dämpfungsgebiet entsprechend fühlt man eine nicht schmerzhafte, sich unmittelbar an die Leber sich ansetzende Resistenz von glatter Oberfläche. Die Magensonde lässt sich widerstandslos einführen; Aufblähung des Magens ergibt vorn keine Aenderung der Dämpfungsverhältnisse; kein Magentumor nachweisbar. Die nach Einnahme eines Probefrühstückes ausgeheberte Flüssigkeit enthält freie HCl, positive Methylviolett- und Phloroglucinprobe; Milchsäureprobe negativ; das Erbrechen lässt nach, Patientin geniesst wieder feste Nahrung. Am 29. I. wird sie bei gebessertem Allgemeinbefinden auf ihren Wunsch entlassen.

Am 23. II. wird sie wieder aufgenommen, die Kachexie hat zugenommen, sie klagt über anhaltende Kreuzschmerzen, die nach dem Magen zugehen. Appetit gut, kein Erbrechen. Status unverändert.

Am 7. III. tritt plötzlicher Kollaps ein; um 5 Uhr nachmittags bietet P. deutliche Zeichen innerer Blutung; gegen 6 Uhr Erbrechen teils flüssigen, teils geronnenen Blutes, ca. 150 ccm gegen $8^3/_4$ Exitus unter heftigen inneren Schmerzen.

Sektion: Schnürleber. In der Aorta und den Aa. coronariis starke atheromatöse Degeneration. In dem nicht verengten Oesophagus 15 cm oberhalb der Cardia ein starkzerklüftetes carcinomatöses Geschwür mit wallartigen Rändern. Die Aorta ist mit der Speiseröhre in der Geschwürsgegend stark verwachsen; an einer Stelle derselben findet sich eine kleine etwa fünfpfennigstückgrosse Perforationsöffnung. In Lunge und Leber Metastasen. Magen mit flüssigem und geronnenem Blute gefüllt.

Zum Schlusse verbleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Obermedizinalrat Dr. Bollinger für Ueberlassung des Falles und für die liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung der Arbeit, sowie Herrn Prof. Dr. J. Bauer für gütige Ueberlassung der Krankengeschichte meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Ziemssen, Handbuch der spez. Path. u. Therap.
Birch-Hirschfeld, Pathol. Anatomie.
Schmaus, Pathol. Anatomie.
Strümpell, Lehrbuch der internen Medizin.
Virchows, Archiv B CXI. (Lubarsch.)
Zentralblatt für innere Medizin 1894.
Cahen Fritz, Diss. Strassburg 1885.
Braasch Heinrich, Diss. Kiel 1886.
Schulz Georg, Diss. Berlin 1886.
Engelhardt Georg, Diss. Göttingen 1889.
Rebitzer Berthold. Diss. München 1889.
Schimmelpfennig, Wilh., Diss. Erlangen 1889.
Meyerhoff Julius, Diss. Giessen 1894.
Voigt Max, Diss. Tübingen 1894.
Piperkoff Ivan, Diss. Genf 1895.
Chrysander Rudolph, Diss. Jena 1896.
Heymann Ludwig, Diss. München 1896.
Königsberger David, Diss. Würzburg 1896.
Knaut Bernhard, Diss. Berlin 1896.
Opitz Karl, Diss. München 1896.
Clauditz H., Diss. Göttingen 1897.
Schmidt Otto, Diss. Tübingen 1897.
Wrede Karl, Diss. Kiel 1897.
Jacoby Alfred, Diss. Leipzig 1898.
Löb Albert, Ueber Kombination von Krebs und Tuberkulose. Inaug.-Diss. München 1889.